

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1896 à 1 heure

PAR

MANDONNET

Né à Veyre-Monton (Puy-de-Dôme)

SUR QUELQUES FORMES

D'HERPÈS DE LA CORNÉE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. } LE DENTU, professeur.
GILBERT et NELATON, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1896 à 1 heure

PAR

MANDONNET

Né à Veyre-Monton (Puy-de-Dôme)

SUR QUELQUES FORMES

D'HERPÈS DE LA CORNÉE

Président : M. CORNIL, *professeur.*

Juges : MM. } LE DENTU, *professeur.*
GILBERT et NÉLATON, *agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VALUDE

Médecin de la Clinique ophtalmologique nationale des
Quinze-Vingts.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

Sénateur de l'Allier.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

C'est au congrès d'Heidelberg en 1871 que Horner, le premier, donne une description de l'herpès de la cornée. Cette kératite superficielle est caractérisée par l'apparition d'une ou de plusieurs vésicules à contenu transparent, groupées le plus souvent à la périphérie de la cornée. Elle se différencie de la kératite phlycténulaire par l'absence de vascularité, et par le contenu des vésicules purement séreux, sans mélange de cellules lymphoïdes.

Le plus souvent les vésicules éclatent et laissent subsister une ulcération à fond grisâtre qui ne tarde pas à se réparer, et à se couvrir d'un nouvel épithélium ; mais il persiste plus ou moins longtemps de légères nébulosités. Les symptômes subjectifs sont une douleur ciliaire et circum orbitaire, de la photophobie du larmoiement. La sensibilité de la cornée est diminuée, il y a souvent abaissement de la tension. Des groupes de vésicules peuvent aussi se montrer le long du nez, sur les lèvres, et la maladie revêt alors le caractère du zona ophtalmique.

Les vésicules ont une durée éphémère, leur rupture en est si prompte qu'on ne parvient généralement pas à les voir, on observe seulement les petites pertes de

substance qu'elles laissent après elles, et aux bords de celles-ci de petits lambeaux flottants d'épithélium.

Nous aurons à revenir avec plus de détails sur la description de Horner. mais déjà ces grands caractères permettent de différencier nettement cette maladie de la cornée, de la kératite phlycténulaire lymphatique avec laquelle on l'avait confondue et lui assignent une place bien marquée dans le cadre nosologique des affections cornéennes.

Déjà en 1884 Hansen Grut, dans la deuxième partie de sa communication au congrès de Copenhague donne l'exposé d'une affection de la cornée qui se rapproche assez sensiblement de la forme décrite par Horner. C'est une kératite superficielle à marche chronique, avec tendance à serpigner, à pousser des prolongements par boutons et rameaux ; il l'appelle *kératite ramifiée*. Bien que lui reconnaissant certaines analogies avec la forme décrite par Horner, il croit trouver dans la marche de la maladie, la forme de l'ulcération, et dans son étiologie des caractères assez spéciaux pour en faire une maladie distincte et l'herpès fébrile.

L'année suivante Emmert publie six observations de kératite survenue chez des scrofuleux. Elle est caractérisée par un petit foyer d'infiltration superficielle avec soulèvement de l'épithélium ; d'où partent des prolongements. L'épithélium disparaît bientôt au niveau des infiltrations laissant une ulcération en forme de sillons. Cet aspect spécial de l'ulcération qui se pré-

sentait comme des branches d'arbre, fit donner par Emmert à cette maladie de la cornée, le nom de *kératite dendritique*. Comme Hansen Grut, l'auteur croit se trouver lui aussi en présence d'une affection nouvelle différente de la kératite herpétique, et décrite par lui pour la première fois.

A côté de la description qu'il donne de l'herpès de la cornée, Fuchs (1) signale aussi une forme spéciale qu'il appelle *Kératite ponctuée superficielle* ; elle se rapproche de l'herpès mais n'est pas accompagnée de la formation d'ampoules. Les altérations de la cornée consistent en de petites taches grises irrégulièrement groupées : elles ont leur siège dans les parties superficielles de la cornée qui paraît mate et surlevée. Cette kératite ponctuée s'observe principalement chez les jeunes individus. Elle débute souvent en même temps que le catarrhe des voies respiratoires comme l'herpès, dont elle se distingue par l'absence des vésicules proprement dites. Il s'ensuit que dans la kératite ponctuée il n'y a pas de perte de substance.

Kipp, Gillet de Grandmont décrivent à leur tour des formes de kératites se rapprochant plus ou moins de la description de Horner, et de celles de Hansen Grut et d'Emmert. Kipp regarde son affection comme pathognomonique de la malaria, et Gillet de Grandmont considère la sienne, qu'il appelle *kératite ulcéreuse*

(1) FUCHS. *Lehrbuch der Augenheilkunde*, p. 188.

en sillons étoilés, comme la première période de la kératite dendritique de Emmert.

Ransohoff et Decker en 1890 et 1891, publient des observations sur une affection de la cornée tout à fait semblable à la kératite herpétique de Horner. L'analogie est telle que Decker l'appelle kératite herpétiforme *récidivante*. Mais il est surprenant que ces auteurs ne citent même pas à titre comparatif la description de Horner ; et c'est avec quelque raison que Hagnauer les accuse d'ignorer les travaux de l'école de Zurich sur la kératite herpétique.

Dans sa thèse parue en 1891, Hagnauer (1), l'élève de Haab, examine les différents cas que nous venons de signaler, il les compare à la description de Horner et arrive à cette conclusion : la kératite ramifiée de Hansen Grut, dendritique de Emmert, ponctuée de Fuchs, aussi bien que les formes décrites par Kipp et Gillet de Grandmont ne sont que des herpès fébriles méconnus. C'est précisément l'éruption de vésicules multiples, rangées comme des bourgeons ou de courtes branches, qui donne à l'infiltration et à l'érosion l'aspect racémeux ou dendritique. Mais rien ni dans l'étiologie de ces affections, ni dans leur marche ne saurait justifier une distinction.

En France, cette question ne semble pas avoir attiré toute l'attention qu'elle mérite. Sans doute la descrip-

(1) HAGNAUER. *Ueber die Missdentungen*, etc. Thèse de Zurich, 1891.

tion de Horner est connue, et l'herpès de la cornée est observé assez fréquemment ; plusieurs auteurs signalent des cas analogues à la kératite dendritique de Emmert ; mais il n'a été fait aucun travail de discussion permettant d'établir, si les affections décrites par Hansen Grut et Emmert sont bien des maladies spéciales différentes de l'herpès de Horner. Seul, Gillet de Grandmont dans son observation, se prononce nettement pour la spécialité de l'affection de Hansen Grut et d'Emmert, et il regarde son cas comme la phase initiale de la kératite décrite par ces auteurs.

Nous trouvons un résumé de la question dans un article de Haltenhoff (1) publié dans les *Annales d'Oculistique* en juin 1892. L'auteur met la question au point et ajoute six observations personnelles qu'il rapproche de la kératite de Hansen Grut. Mais son travail reste sans conclusion.

Une observation qui nous a été communiquée par notre maître M. le docteur Valude, concernant un cas de kératite herpétique à forme récidivante survenant chez une femme à chaque période menstruelle, nous a paru très intéressante. Il a été possible, en effet, de voir à un moment, succéder à la kératite herpétique vulgaire qui était observée habituellement, la forme spéciale décrite par Hansen Grut et Emmert. Cette observation nous a déterminé à analyser les cas publiés

(1) G. HALTENHOFF. *Kératite dendritique ou herpès. Annales d'oculistique*. Juin 1892, p. 401 et suiv.

par les différents auteurs que nous venons de signaler, à rechercher ce que leurs observations offrent de commun, et à les comparer à la description typique de Horner. Peut-être sera-t-il possible d'établir l'identité de la kératite dendritique et des cas analogues avec l'herpès de la cornée. La variété morphologique dans les cas de Hansen Grut et d'Emmert ne nous semble pas un caractère suffisant pour faire de leur affection une entité morbide spéciale. Si nous trouvons dans leurs descriptions les symptômes essentiels qui caractérisent l'herpès de la cornée ; s'il est possible surtout de remonter à une étiologie unique, de reconnaître dans la kératite dendritique la névrite infectieuse des terminaisons nerveuses de la cornée, qui caractérise l'herpès, la distinction de Hansen Grut ne nous semblera plus justifiée ; son affection et celles qui s'en rapprochent ne devront pas être écartées de la kératite herpétique de Horner.

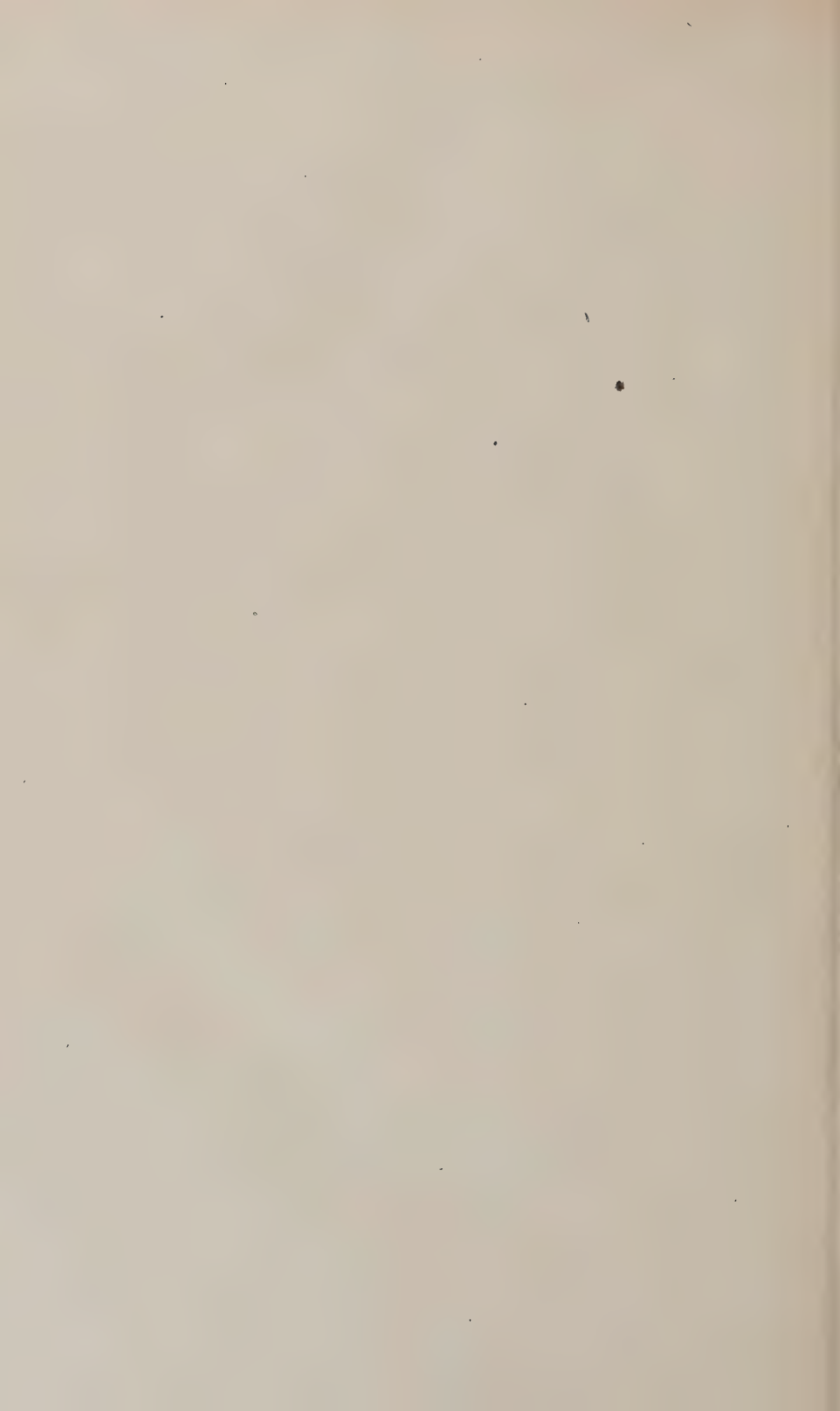
Mais avant d'aller plus loin, nous considérons comme un devoir de remercier tous ceux qui nous ont dirigé dans nos études médicales : nos premiers maîtres de l'école de Clermont, particulièrement M. le docteur Tixier dont la bienveillance ne nous a jamais manqué ; et plus tard nos maîtres des hôpitaux de Paris qui nous ont permis de profiter de leur science et de leur expérience.

Lorsque nous nous sommes livré spécialement à l'étude de l'ophtalmologie, nous avons trouvé à la clinique des Quinze-Vingts un accueil des plus bienveil-

lants. Les précieux conseils que nous y avons recueillis nous ont permis de tirer grand parti du vaste champ d'expérience qu'offre la Clinique.

Notre maître, M. le docteur Valude nous a dirigé pas à pas dans ces études spéciales ; les explications qu'il nous a prodiguées chaque jour, nous ont aplani bien des difficultés ; qu'il nous soit permis de lui exprimer toute notre reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Cornil de vouloir bien agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.



EXPOSÉ

Avant d'entrer dans la discussion du sujet qui nous occupe, il nous paraît indispensable de rappeler la description de Horner sur l'herpès fébrile de la cornée, du moins dans ce qu'elle a d'essentiel ; de résumer les points principaux des observations de Hansen Grut, d'Emmert et des autres auteurs sur la forme de kératite regardée par eux comme spéciale. Si la description du professeur de Zurich avait été mieux connue, peut-être les relations étroites qui unissent la kératite dendritique à l'herpès de la cornée ne seraient-elles pas passées inaperçues. L'observation du docteur Valude où nous voyons se développer successivement sous l'influence de la même cause étiologique, les deux affections regardées comme différentes, nous semble un puissant argument en faveur de leur identité.

Dans sa communication au Congrès de Heidelberg en 1871 (1), Horner donne les grands caractères de l'herpès de la cornée. « Ce qui survient d'abord c'est une série de vésicules à contenu clair, qui se groupent

(1) HORNER. *Klinische Monats blatter für Augenheilkunde* 1871 p. 326 et suiv.

de préférence à la périphérie. Naturellement il y a des variations quant à leur nombre, leur siège et leur groupement. De plus, au début de l'éruption, on n'observe qu'un léger soulèvement de l'épithélium au niveau des vésicules, et un léger trouble sur leurs bords. Lorsqu'elles éclatent, elles laissent une ulcération grisâtre, et un trouble de la cornée dans une zone relativement étendue. Cette ulcération résulte de la confluence de plusieurs vésicules. Il y a anesthésie totale de la cornée qui n'est pas seulement limitée au niveau des ulcérations ; et abaissement considérable de la tension de l'œil. » Mais Horner considère ici la maladie de la cornée surtout dans ses rapports avec le zona ophtalmique.

Plus tard dans son traité sur les maladies de l'œil pendant l'enfance, il complète la description (1). « Sans gonflement des paupières, mais avec un fort larmolement survient un groupe de vésicules à contenu clair, d'un diamètre de $1/2$ à 1 millim. sur la surface d'une seule cornée. D'ordinaire elles forment une ligne interrompue quelquefois fourchue. L'enveloppe de ces vésicules est de très courte durée, et c'est d'abord l'ulcération qui saute aux yeux du médecin. Mais elle aussi est caractéristique. Sur une cornée transparente on observe, à un examen superficiel, une perte irrégulière d'épithélium, aux bords de laquelle adhèrent

(1) HORNER. *Die Krankheiten der Auges im Kindesalter*. (Gerhards Handbuch der Kinder Krankheiten), page 333 et suiv.

encore les débris de l'enveloppe de la vésicule. L'endroit dépourvu d'épithélium est toujours remarquable en ce qu'il présente des rétrécissements et des dilations régulièrement disposés. Il ne peut être confondu qu'avec une abrasion d'épithélium d'origine traumatique. La base de ces pertes de substance est formée par les couches superficielles de la cornée. L'insensibilité est limitée aux endroits dépourvus d'épithélium ; la tension de l'œil est plutôt diminuée.

Cette perte de substance peut guérir assez vite, quoique plus lentement que dans un cas de traumatisme de même étendue et profondeur. Mais dans la majorité des cas la guérison est longue. Il se produit des troubles plus intenses au niveau et sur les bords de l'ulcération, des stries grises nettes, centrifuges.

Les troubles habituels de l'organisme dans lesquels survient l'herpès de la cornée sont les mêmes dans lesquels se montre aussi l'herpès de la lèvre et du nez ; ce sont les affections catarrhales fébriles des voies respiratoires depuis le coryza aigu jusqu'à la pneumonie. Je rappelle expressément que j'ai observé l'herpès de la cornée dans la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente et la coqueluche. »

Les travaux qui ont été faits ultérieurement à l'école de Zurich, sur cette affection, ont ajouté quelques détails à la description de Horner. Haab, son successeur à la chaire d'ophtalmologie, a pu faire l'examen microscopique d'une ancienne ulcération d'herpès ; celle-ci arrivait jusqu'aux couches moyennes de la

cornée, la perte de substance ne paraissant pas profonde sur le vivant. Wangler et Hagnauer signalent dans leurs thèses des opacités plus ou moins épaisses comme conséquence de l'ulcération herpétique, tandis que Horner parle de guérisons plus fréquentes sans trouble consécutif.

Hansen Grut s'exprime ainsi au sujet de la forme de kératite dont il a donné la description au Congrès des Sciences médicales de Copenhague en 1884 (1). « Il s'agit d'une kératite superficielle ulcéralive, à marche assez chronique, avec tendance marquée à serpiginer. Elle commence par un léger sentiment de douleur, l'œil est peu injecté, on ne voit presque rien et on croirait à une légère conjonctivité. C'est seulement à l'éclairage oblique qu'on découvre sur la cornée une petite tache superficielle très peu saturée presque toujours assez près de la périphérie. L'épithélium s'ulcère très vite, mais l'ulcéralion est généralement petite par rapport à l'étendue de l'infiltration. Pendant toute la durée de la maladie, les douleurs, l'injection et la photophobie sont très insignifiantes. Après quelques jours l'infiltration s'étend d'une manière très caractéristique en poussant des boutons, la partie marginale des boutons étant plus suturée

(1) Docteur HANSEN GRUT. *Sur deux formes typiques de kératite*. Communication à la Section d'ophtalmologie du 8^e Congrès international des sciences médicales, à Copenhague, 1884, Tonne III du compte rendu, p. 34 et suiv.

que le reste de l'infiltration. Celle-ci continue à se propager dans tous les sens au moyen d'excroissances boutonnées, de sorte que sa délimitation devient très irrégulière. Quelquefois ce sont des rameaux plus longs qui poussent de l'infiltration ; ceux-ci se terminent toujours par un renflement boutonné plus saturé, La croissance ramifiée est tellement caractéristique qu'à la Clinique nous appelons la maladie *kératite ramifiée*. Ce ne sont pas seulement les boutons terminaux qui sont plus saturés, les bords des rameaux aussi sont plus accusés que leur axe, ce qui donne l'impression d'un sillon plus pellucide longé par des bords plus opaques.

La saturation est peu prononcée, l'infiltration très superficielle ; les parties environnantes de la cornée sont parfaitement claires ; jamais je n'ai vu la cornée se vasculariser. La maladie dure pendant des semaines, quelquefois même pendant des mois. C'est la tendance à serpigner qui en prolonge ainsi la marche, Toute l'infiltration s'absorbe peu à peu, mais lentement, la petite ulcération guérit.

Généralement on voit très longtemps après une trace nébuleuse dont la forme caractéristique rappelle la nature de la maladie. Cette forme que je ne sais comparer à aucune autre forme de kératite, nous l'avons observée souvent dans ces dernières années depuis qu'elle a attiré notre attention. La manière particulière de s'étendre par des boutons et des ra-

meaux dirige la pensée vers une infection quelconque.

Nul doute que la maladie ne soit une affection mycotique ; sans doute elle a sa bactérie à elle propre. Dans un cas j'ai gratté l'ulcération et l'infiltration sans avoir pu trouver la bactérie. Quant aux causes, je n'en sais rien. J'ai trouvé la maladie un peu plus souvent chez les hommes que chez les femmes, jamais chez les enfants. Dans la plupart des cas il n'y a pas eu de traumatisme précédent. Il est bien sûr qu'aucune affection de la conjonctive ou des voies lacrymales n'a occasionné l'attaque.

En résumé, je désignerai l'affection ainsi : Kératite essentiellement superficielle, k. très peu saturée, avec grande tendance à se propager par boutons et rameaux dont les bords sont plus saturés que la partie centrale. La marche en est assez chronique ; l'injection, la photophobie, la douleur sont peu prononcées. La nature de la maladie est probablement mycotique. »

Les six cas publiés l'année suivante en 1885 par Emmert (1) sont tous survenus chez des scrofuleux. Sa description ne diffère pas essentiellement de celle de Hansen Grut, il appelle son affection *kératite dendritique* c'est-à-dire en forme de branche d'arbre. « La maladie arrive spontanément au printemps et à l'automne. Elle éclate brusquement s'accompagnant d'une violente photophobie, de larmoiement, d'une inflam-

(1) EMMERT. Keratitis dendrifica exulcerans mycotica. Eine noch nicht beschriebene Form. e.c. (Centralblatt für Augenheilkunde de Hirschberg. Octobre 1885. p. 302 à 311.

mation de la conjonctive palpébrale supérieure, et d'une forte injection de la conjonctive bulbaire. En même temps apparaît à telle ou telle place de la cornée un trouble sous-épithélial grisâtre, séparé du limbe par une portion intacte aussi bien que s'étendant jusqu'à lui. Il peut débiter par un petit foyer duquel partent des branches, ou par une bande qui pousse des prolongements sur les côtés. L'épithélium se soulève puis disparaît, il en résulte de sillons en forme de branches. Toutes les branches peuvent simultanément être privées de leur épithélium. A cause de la profondeur des sillons, de même que, à cause de l'intensité des troubles que laisse pendant assez longtemps l'ulcération de la cornée, il faut supposer que la lésion qui se produit n'est pas seulement sous-épithéliale, mais attaque aussi la membrane limitante antérieure et les couches superficielles du tissu cornéen. Jamais il ne s'est produit une participation du tractus uvéal sous une forme quelconque; la conjonctive bulbaire n'a jamais été malade, et la conjonctive palpébrale n'a jamais sécrété ni mucus, ni pus. Les cas qui se sont développés jusqu'à un certain degré ont eu une durée de trois à six semaines, tandis que ceux qui ont été soignés au début guérissaient en peu de jours. Le commencement de la guérison se reconnaît à ce qu'il n'y a plus de nouvelles poussées; l'épithélium cesse de disparaître, l'infiltration grise des bords des sillons se résorbe, tandis que ces bords deviennent plus nets et plus lisses; enfin les sillons se combrent

par la base jusqu'à réparation complète. Le développement d'un pannus de réparation n'a été remarqué que dans les cas où la maladie a commencé par une perte d'épithélium superficielle en contact avec le bord de la cornée, et s'est limité là. Après des semaines et des mois on peut reconnaître la forme de l'ulcération. Cependant peu à peu les troubles s'éclaircissent beaucoup. Jamais je n'ai vu la surface de la cornée rester anfractueuse. »

Quant à la cause de cette affection, Emmert comme Hansen Grut l'attribue à une infection venue du dehors, mais à laquelle la constitution de l'individu, et les circonstances météorologiques servent de base : les six cas ont été observés au printemps et à l'automne, tous chez des scrofuleux.

Emmert a examiné une fois au microscope des parcelles recueillies sur les bords et dans le fond des sillons. Il a trouvé que les cellules superficielles étaient quelque peu gonflées mais intactes, tandis que les cellules plus profondes étaient troubles déformées, et avaient leur noyau dans un état de dégénérescence graisseuse assez avancée. Il nous signale aussi la présence de bacilles irrégulièrement groupés, et à extrémités renflées et arrondies, mais sa description n'a rien de bien caractéristique. D'après lui, sans infection du dehors on ne peut pas expliquer la production de cette maladie ; et même dans les cas où on ne peut découvrir une porte d'entrée dans la cornée on doit supposer une telle introduction.

L'infection ne peut venir de la conjonctive, car le gonflement conjonctival est plutôt l'effet que la cause de la maladie de la cornée. L'auteur pense donc se trouver en présence d'une maladie de la surface de la cornée, mycotique accidentelle, à laquelle la constitution propre sert de base, et rend possible la naissance et le développement d'une mycose. La particularité de la forme doit être attribuée à la particularité des bactéries et à leurs propriétés ; elles trouvent probablement leur chemin dans les espaces lymphatiques, c'est-à-dire dans les canaux nutritifs des couches superficielles de la cornée.

L'observation de Gillet de Grandmont (1), la seule qui ait été publiée en France, est regardée par son auteur comme la forme initiale de la kératite ramifiée de Hansen Grut ou dendritique de Emmert. Il l'appelle *kératite ulcéreuse en sillons étoilés*. L'affection survint chez un jeune homme de 23 ans bien portant et n'ayant jamais eu mal aux yeux. Après une journée passée sur les fortifications, il rentre chez lui ; le lendemain il ressent à la région temporale une vive démangeaison et constate l'éruption de sept à huit vésicules d'herpès.

Le soir, l'œil du même côté devient le siège d'une légère injection, avec un peu de photophobie. L'inflammation de la conjonctive va en augmentant, et

(1) GILLET DE GRANDMONT. *De la kératite ulcéreuse en sillons étoilés*. (Archives d'ophtalmologie, VI, 1887, p. 422 et suiv.)

six jours après, on peut constater sur l'œil droit une kératite superficielle en pointillé, composée de six points ulcérés très petits se présentant sous la forme d'étoiles. Les branches des étoiles sont de véritables sillons qui se terminent en ampoule. Trois de ces ulcérations étoilées sont réunies par un sillon étroit, les autres restent séparées. L'état d'irritation de l'œil est modéré, la douleur, la photophobie sont supportables. Les jours suivants les étoiles sont plus nombreuses, les sillons ont aussi augmenté en nombre et en étendue, ils offrent une teinte grisâtre. A un moment ils prennent nettement la forme serpiginieuse, ce qui fit penser à l'auteur que la kératite étoilée pouvait bien être la forme primitive des kératites racémeuses ou dendritiques de Hansen Grut et d'Emmert.

Au 6^e jour, toute trace d'étoile a disparu, on ne trouve plus que des sillons larges grisâtres renflés en certains points qui sont les vestiges des étoiles primitives. La cornée reprend peu à peu sa transparence, et des néphélions indiquent à peine par leur présence la place des ulcérations. La durée de la maladie a été de sept jours. Des parcelles recueillies par le grattage, et inoculées dans la cornée d'un lapin, n'ont pas donné de résultat. Quelle est la nature de cette maladie ? Gillet de Grandmont pense qu'elle est due à l'introduction d'un microorganisme, qui prolifère en colonies donnant naissance à des étoiles et à des rayons.

Kipp (1) et Van Millingen ont publié des observations d'une maladie semblable de la cornée en rapport avec la fièvre intermittente. La publication de Kipp porte sur 120 cas, survenant le plus souvent chez les adultes, attaquant un seul œil et se produisant au cours d'un accès de fièvre intermittente. Les récurrences ont été observées : dans quelques cas l'accès de fièvre était régulièrement suivi de l'affection oculaire. Quant à sa forme elle se rapproche sensiblement de celle décrite par Hansen Grut et Emmert. Elle était caractérisée par l'apparition d'un ulcère superficiel serpiginéux avec des bourgeons latéraux. Les phénomènes réactionnels étaient peu accusés. Au début on pouvait observer près du limbe un certain nombre d'élévations petites, grisâtres ; le jour suivant, ces élévations avaient disparu et à leur place on voyait un étroit sillon à fond grisâtre et trouble à bords irréguliers. En même temps, ou à peu près, on voyait pousser sur l'un ou sur les deux côtés du sillon primitif quelques prolongements courts grisâtres un peu surlevés. Si on examine ces ramifications à la loupe, on les trouve constituées par des points gris placés les uns à côté des autres ; en peu de temps ces prolongements se changent aussi en sillons. A moins d'être arrêtés à cet état par un traitement, le sillon principal et les branches continuent à augmenter progressivement en lon-

(1) KIPP. *On keratitis from malarial fever.* (Transactions of the American Society, 1890.)

gueur, sans s'accroître cependant beaucoup en largeur et en profondeur. La sensibilité de la cornée était diminuée au niveau et dans le voisinage de l'ulcération. La durée de la maladie a été dans les cas légers de deux à quatre semaines, tandis qu'elle s'est prolongée pendant plusieurs mois lorsque l'affection a été négligée, et surtout lorsque la fièvre n'a pas été traitée. Les opacités persistantes étaient visibles dans beaucoup de cas, à l'éclairage oblique, après des mois et quelquefois après des années.

Kipp regarde cette forme de kératite comme caractéristique de l'infection paludéenne. Le docteur Hotz de Chicago qui a publié une note à ce sujet (*The medical Journal*, Chicago, 1881) n'a pas hésité à exprimer l'opinion que cette forme de kératite était aussi pathognomonique de la malaria, que les plaques muqueuses de la bouche le sont de la syphilis. Kipp ajoute cependant qu'il a observé cette forme de kératite chez des personnes en bonne santé, vivant dans des localités où la malaria était inconnue, ou bien chez des individus souffrant d'une affection autre que la fièvre intermittente.

Des recherches bactériologiques faites par l'auteur à différentes reprises ne lui ont donné aucun résultat.

Les traitements essayés n'ont été favorables, qu'autant que l'affection générale était améliorée. Dans quelques cas, leurs effets semblent avoir été très peu considérables, et cela principalement lorsque les malades souffraient d'une forme chronique de la malaria.

Dans ces cas, aucune amélioration de la maladie de l'œil ne fut obtenue tant que la santé générale n'était pas rétablie.

Ransohoff et Decker ont donné un certain nombre d'observations de kératites superficielles vésiculeuses qui ne diffèrent en rien de l'herpès fébrile de Horner. Ces auteurs ne méconnaissent pas l'origine herpétique de l'affection, mais ils négligent de la rattacher à la description de Horner. Les deux observations de Ransohoff (1) ont rapport, la première à une femme de 28 ans, la deuxième à une jeune fille de 18 ans. Dans les deux cas on voit survenir sur la cornée, périodiquement à chaque époque menstruelle, une éruption de vésicules. Le début de l'accès est annoncé par une légère injection ciliaire, et un peu de photophobie et de larmolement. Puis apparaissent sur la cornée huit à dix infiltrations nettement limitées et sans tendance à fusionner. Bientôt l'épithélium qui recouvre ces infiltrations s'est surlevé, et elles se montrent alors comme de véritables vésicules qui ne tardent pas à s'ulcérer par disparition de leur enveloppe ; la réparation s'opère en peu de jours. Dans l'un et l'autre cas les malades souffraient d'un coryza ; et en même temps que la poussée herpétique de la cornée, on constatait une aggravation de l'affection nasale à chaque période menstruelle. Ransohoff pense se trouver en présence d'une

(1) RANSOHOFF. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*. 1889, p. 218. *Ibid.* 1891, p. 275.

affection singulière, se rapprochant de l'herpès de la cornée, de nature trophonévrotique survenant surtout au moment des règles. Il faut ajouter que les malades étaient chlorotiques, et que leurs fonctions menstruelles n'étaient pas très régulières.

Les observations de Decker (1) sont identiques à celles de Ransohoff. Le début est annoncé par de la douleur avec injection conjonctivale de la photophobie et du larmolement. Quelquefois les douleurs furent particulièrement intenses, s'irradient dans la tempe et le front, la maladie se rapprochait ainsi du zona ophtalmique. Quelques vésicules qui se montrèrent sur la paupière et le front du côté de l'œil malade augmentèrent encore l'analogie. Puis on voyait apparaître sur la cornée un certain nombre de petites infiltrations grisâtres qui ne tardaient pas à se surlever, et à prendre nettement le caractère de vésicules. L'épithélium disparaissait bientôt laissant à la place de petites ulcérations qui guérissaient assez rapidement. Le processus durait de huit à quatorze jours. Pour Decker cette affection récidivante de la cornée était en rapport avec une affection nasale dont souffrait la malade ; elle était atteinte d'une rhinite chronique hypertrophique du cornet inférieur. Chaque aggravation de son affection nasale était marquée par une nouvelle poussée de vésicules sur la cornée, tandis que l'amélioration de

(1) DECKER. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1890 p. 405.

la rhinite amena aussi une diminution dans le nombre et l'intensité des accès de kéralite. L'auteur explique ainsi la corrélation de l'affection nasale et de la maladie de la cornée : « Nous devons admettre que l'inflammation chronique de la muqueuse pituitaire a donné lieu à une inflammation des fibres nerveuses de son domaine à direction centripète, et a modifié pathologiquement une plus ou moins grande partie du ganglion de Gasser. Chaque aggravation de la maladie nasale, qu'elle soit due à des causes nocives extérieures ou à d'autres causes, donne naissance sur les fibres nerveuses altérées à une irritation plus accusée du ganglion de Gasser, qui se manifeste par une éruption herpétiforme. Si le ganglion de Gasser était le siège d'une inflammation permanente, alors les symptômes de l'affection, qui se manifestent sur les nerfs périphériques, devraient eux aussi être permanents. Mais si on admet qu'il y a transmission d'un état d'irritabilité par l'intermédiaire des fibres nerveuses partant d'un foyer malade éloigné, alors il faut admettre à priori, que cet état, et avec lui naturellement ses suites n'existeront que tant que durera ce foyer malade. Alors on comprend facilement que dans notre cas, chaque aggravation de l'affection nasale soit suivie d'une éruption herpétique et de plus que la durée de chaque accès soit si courte. »

Au mois d'octobre 1890, Decker (1) observa un cas

(1) DECKER. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, p. 409.

identique au précédent. L'affection survenait chez une jeune fille chlorotique, toutes les quatre semaines au moment de la menstruation, et s'accompagnait d'un coryza violent. La forme de l'éruption, la marche et la durée de la maladie, étaient les mêmes que dans les cas précédents. Enfin une affection semblable survint chez une femme de 67 ans, à la suite d'un érysipèle. Decker pense que ces différents cas offrent la plus grande analogie avec l'herpès de la cornée, et sont indubitablement d'origine nerveuse. En présence de l'érysipèle, l'auteur admet une irritation chimique due aux produits de l'agent de l'érysipèle, s'il ne faut pas admettre une irruption directe de microorganismes dans les trajets nerveux.

OBSERVATIONS

La première des deux observations qui nous ont été communiquées par M. le docteur Valude nous intéresse particulièrement. Nous voyons d'abord une forme de kératite herpétique récidivante, comme dans les cas de Ransohoff et de Decker, se produisant à chaque période menstruelle. Les premiers accès observés affectent la forme banale de la kératite herpétique telle qu'elle a été décrite par Horner, puis nous voyons à un moment l'ulcération prendre la forme racémeuse caractéristique de l'affection de Hansen Grut.

OBSERVATION I

Mme X..., âgée de 40 ans environ, dysménorrhéique. Depuis sept années elle est obligée de prendre le lit à chaque époque menstruelle pendant huit jours. Les douleurs sont fortes et l'hémorrhagie abondante et prolongée. Pendant quatre ou cinq mois de l'année 1895, la malade a remarqué que pendant ses règles, son œil gauche devenait rouge et douloureux ; dans

l'intervalle rien d'anormal. Elle vint une fois me trouver vers la fin de ses règles, et je constatai à gauche la présence d'une petite ulcération superficielle arrondie siégeant vers le limbe ; autour la cornée était légèrement infiltrée. La sensibilité de la cornée était diminuée dans le segment correspondant. Deux, trois, quatre mois de suite je constatai la reproduction de l'ex-ulcération au même moment, jamais rien ne se produisit à l'œil droit.

Je conseillai alors à la malade de mettre préventivement quelques jours avant l'époque des règles, un peu de pommade à l'iodoforme dans l'œil gauche. Est-ce à cause de cela ? mais il ne se produisit rien pendant six mois.

Au mois de juillet dernier la précaution fut omise, et la malade fut prise des mêmes accidents du même côté à gauche. Toutefois l'évolution en fut un peu différente, et c'est là le point essentiel. Mme X vint me voir et je constatai, comme d'habitude, une petite ulcération superficielle siégeant en haut et en dedans ; ses règles venaient de finir. Je conseillai le traitement ordinaire : atropinè, pommade à l'iodoforme, collyre au bleu de méthylène ; et je m'attendais à voir l'accident se terminer rapidement comme dans les cas précédents. Mais la malade vint me retrouver le surlendemain avec l'œil beaucoup plus rouge et plus douloureux. Elle me raconta (et elle avait l'habitude de s'observer de très près et avec précision) que la veille une série de vésicules avaient poussé sur son œil. A l'examen je constatai ce jour là, le lendemain de la vésiculation, l'aspect classique de la kératite dendritique ramifiée, c'est-à-dire une ulcération branchue irrégulière avec des renflements ça et là ; les branches se terminaient par une sorte de bouton. Un peu d'infiltration cornéenne entourait le sillon ulcéré.

Il y avait une insensibilité marquée de la région. Cette ulcération siégeait au voisinage de celle que j'avais observée l'avant-veille. Avec le traitement l'affection guérit en cinq ou six jours.

OBSERVATION II

M. B..., âgé de 60 ans, n'ayant jamais eu mal aux yeux.

Avril 1896. Première attaque de colique hépatique ; vers la fin de la crise l'œil droit devient rouge et douloureux. Je constate alors une ulcération ramifiée superficielle avec infiltration des bords. Il y avait une certaine insensibilité de la région cornéenne atteinte.

Juin. — Nouvelle colique hépatique. Le dernier jour de l'accès, l'œil droit se prend de nouveau, et je constate deux foyers d'infiltration et d'ulcération racémeuses, avec un peu d'anesthésie de la région.

Le traitement fait disparaître les symptômes en peu de jours, comme la première fois

DISCUSSION

En soumettant à un examen approfondi et comparatif les différents cas que nous venons d'exposer, on ne saurait méconnaître l'existence d'un substratum anatomique commun, bien que les symptômes cliniques varient quelque peu. La forme spéciale de l'ulcération, la durée de la maladie, les phénomènes réactionnels variables qui l'accompagnent, ne nous paraissent pas constituer des différences assez importantes pour justifier la distinction de Hansen Grut et d'Emmert. Il est possible de retrouver dans les observations de ces auteurs, aussi bien que dans celles de Gillet de Grandmont et de Kipp, les points essentiels de la description de Horner sur la Kératite herpétique. Dans tous ces cas nous voyons la maladie de la cornée survenir chez des sujets souffrant d'une infection générale ou d'un trouble fonctionnel, conditions dans lesquelles se montre précisément l'herpès de la cornée. La marche de la maladie est la même partout : après une période d'infiltration de courte durée, survient l'ulcération se limitant aux couches superficielles de la cornée, et pouvant affecter une forme variable ; la réparation est plus ou moins longue, suivant la profon-

deur atteinte par l'ulcération, mais elle s'affectue toujours par régénération de l'épithélium sans vascularisation ; la présence d'un pannus n'a été observée que dans les cas où l'ulcération s'étendait jusqu'au limbe cornéen.

Un caractère commun réunit les différentes formes de kératite dont nous nous occupons : C'est *l'anesthésie de la cornée*, limitée au niveau de l'ulcération ou s'étendant un peu au-delà dans les parties voisines. C'est là un symptôme clinique constant qui démontre la participation des fibres nerveuses un processus ulcératif de la cornée. Elle est la marque de la névrite périphérique qui caractérise l'herpès, et dont la vésiculation et l'ulcération sont l'expression terminale. Tous les auteurs qui ont reconnu l'origine herpétique de l'affection ont recherché ce signe et l'ont noté. Horner l'indique expressément dans sa description de l'herpès de la cornée, Ransohoff considère également l'affection comme une trophonévrose. Dans les cas publiés par Decker, et où nous voyons les poussées d'herpès apparaître à chaque époque menstruelle, l'auteur admet l'analogie avec l'herpès de Horner : « Je dois admettre, dit-il, qu'il s'agit d'une maladie très proche de l'herpès de la cornée, voire même identique, et indubitablement d'origine nerveuse. »

Stelwag partage la même opinion : « Nous savons que les maladies infectieuses sont très souvent accompagnées d'affections du système nerveux, surtout de troubles trophiques, par exemple, les éruptions

herpétique. Pour expliquer ces faits on pourrait dire que tout agent producteur de maladie, ou tout ce qui en est le produit, ont atteint les fibres nerveuses : et en fait on a observé le processus dégénératif des fibres nerveuses atteintes. Mais si on admet les paralysies et les troubles sensitifs comme conséquence des maladies infectieuses, on ne comprend pas pourquoi on devrait en exclure les troubles trophiques. »

Dans les observations du Dr Valude nous voyons l'anesthésie de la cornée notée au niveau de l'ulcération et un peu au-delà, dans les cas où l'affection présentait le caractère typique de l'herpès de Horner, aussi bien que dans celui où elle a revêtu la forme spéciale décrite par Hansen Grut et Emmert. Nous avons pu nous-même constater ce signe chez un malade atteint de kératite herpétique, qui s'est présenté il y a quelques semaines à la Clinique des Quinze-Vingts.

L'herpès de la cornée doit donc être interprété comme l'herpès des autres régions, et se montre dans les mêmes conditions, c'est-à-dire sous l'influence d'un état infectieux ou d'un trouble local. C'est une névrite périphérique due aux localisations de l'agent infectieux, ou de ses produits, sur les terminaisons nerveuses. L'anesthésie de la cornée, la vésiculation et l'ulcération sont l'expression de cette névrite qui atteint les fibres sensitives et trophiques, et quelquefois aussi les fibres motrices. Arlt et Berlin ont noté, en effet, à côté de l'anesthésie et de l'ulcération herpétique de la

cornée, une parésie de l'accommodation avec dilatation de la pupille.

Préoccupés par la recherche d'une cause étiologique tout autre, Hansen Grut Emmert, et après eux Gillet de Grandmont n'ont pas noté l'anesthésie cornéenne, ils n'en parlent pas, c'est une fâcheuse lacune dans leurs observations. Pour ces auteurs, la kérakite dendritique, ramifiée, en sillons étoilés, résulte d'une infection ectogène, elle est d'origine bacillaire. « Nul doute que la maladie soit une affection mycotique, sans doute elle a sa bactérie à elle propre », dit Hansen Grut. La particularité de la forme doit être attribuée à la particularité des bactéries et à leurs propriétés d'après Emmert. Cependant la bactériologie ne semble pas avoir donné grand résultat : Hansen Grut qui a examiné plusieurs préparations au microscope n'a rien trouvé. Emmert signale dans les couches les plus profondes de l'épithélium un bacille renflé à ses extrémités, mais qui n'offre rien de caractéristique. Gillet de Grandmont a inoculé dans la cornée d'un lapin des parcelles recueillies sur les bords et dans le fond de l'ulcération, et il n'a rien obtenu. De plus si l'affection avait une origine microbienne, elle devrait se produire dans certaines conditions bien déterminées et toujours les mêmes, tandis que nous la voyons se montrer dans des états très variables, chez des sujets toujours sous le coup d'une infection ou souffrant d'un trouble fonctionnel de l'organisme : affections catarrhales des voies respiratoires, influenza, tuberculose,

fièvre typhoïde, malaria, troubles menstruels, états dans lesquels se montre surtout l'herpès de la cornée. Hansen Grut ne parle pas de la santé générale des sujets chez lesquels il a observé la kératite ramifiée, mais les six cas exposés par Emmert se sont produits chez des tuberculeux. Dans l'observation de Gillet de Grandmont, le sujet est resté toute une journée sur les fortifications, changeant ainsi ses habitudes, et s'exposant au froid. Il est bien probable que ce cas reconnaît pour cause un refroidissement ayant amené un trouble de l'organisme. Il n'est pas nécessaire en effet pour que l'herpès se montre, qu'il soit précédé d'un état infectieux à grand fracas, le moindre trouble peut lui donner naissance, tellement que la légère indisposition causale passe souvent inaperçue des malades. Du reste dans l'observation de Gillet de Grandmont, les vésicules d'herpès qui se montrèrent en même temps sur les lèvres et sur le front indiquaient nettement l'origine herpétique de l'affection cornéenne.

Quant à la forme de l'ulcération, que Hansen Grut et Emmert regardent comme caractéristique d'une infection microbienne spéciale, elle nous paraît plutôt résulter du groupement des vésicules et de leur confluence. Cette forme spéciale d'ulcération n'avait du reste pas échappé à Horner, il dit très bien que l'ulcération peut ne pas être unique, que les vésicules forment ordinairement une ligne continue, se divisant quelquefois. Haab et Fuchs sont d'avis que la kératite dendritique peut être un état consécutif à l'herpès de

la cornée. Fuchs dit que les petites infiltrations qui surviennent dans l'herpès, s'agrandissent, s'étendent, et s'unissent ensemble en formant des lignes ramifiées. Eversbusch et Frank ont aussi observé dans l'influenza des cas de kératite ramifiée telle que l'ont décrite Hansen Grut et Emmert, et considèrent cette affection comme concordant avec la description typique, donnée par Horner, de l'herpès de la cornée. L'extension de l'ulcération primitive par prolongements, et aussi la confluence de plusieurs vésicules voisines, ont été nettement observées par Hagnauer ; sa méthode d'examen par la coloration à la fluorescéine lui a permis de saisir cette transformation.

Le groupement variables des vésicules permet de se rendre compte de la forme variable aussi qu'affectera l'ulcération. Si nous avons des vésicules peu nombreuses, largement isolés par un espace de cornée saine, chaque vésicule restera isolée dans sa période d'infiltration et dans celle de l'ulcération. Si les vésicules sont nombreuses, groupées, séparées par de minces espaces de cornée saine, si la couche épithéliale qui les recouvre offre une certaine résistance, leur contenu tendra à s'infiltrer dans ces espaces ; et bientôt le groupe des vésicules ne formera plus qu'une plaque d'infiltration à laquelle succédera une ulcération plus ou moins étendue. Enfin si nous avons des vésicules séparées par une distance qui ne soit pas trop considérable, le liquide infiltré tendra à fuser du côté où il trouvera la moindre résistance, c'est-à-dire

du côté de la vésicule la plus voisine. Ces deux vésicules ne tarderont pas à être unies par un cordon d'infiltration, qui après ulcération deviendra le sillon. En supposant des vésicules irrégulièrement disséminées, et en les unissant ainsi par un cordon d'infiltration, il n'est pas difficile d'obtenir la forme caractéristique de la kératite ramifiée ou dendritique de Hansen Grut et d'Emmert. Les ranflements signalés aux extrémités des sillons, aussi bien que dans leur trajet, représentent les traces des vésicules primitives.

Il est bien évident que ces différentes formes peuvent se grouper sur le même œil. Ainsi nous pouvons trouver une plaque d'infiltration, et à côté des ramifications. La plaque correspond naturellement aux points où les vésicules sont confluentes, tandis que les ramifications siègent à l'endroit où les vésicules sont plus clairsemées. Nous trouvons un exemple très caractéristique de cette disposition dans les observations de Emmert. On voit à la périphérie de la cornée une plaque d'infiltration, et c'est là précisément que les vésicules sont d'ordinaire les plus nombreuses ; puis, se dirigeant vers le centre, des branches correspondant aux cordons d'infiltration qui naissent des vésicules moins intimement groupées.

La marche de l'affection, sa durée, les phénomènes réactionnels qui l'accompagnent, tels que la douleur, la photophobie, le larmolement, l'injection conjonctivale, n'ont rien de caractéristique. Ce sont des symptômes secondaires dépendant de la na-

ture de l'agent infectieux et de sa violence : la diversité dans les causes étiologiques nous explique ainsi les différences dans la symptomatologie. Cette diversité avait été remarquée par Horner, et il signale l'herpès de la cornée dans la coqueluche, la fièvre intermittente, et la fièvre typhoïde ; mais il insiste surtout sur les affections catarrhales des voies respiratoires qui toutes peuvent s'accompagner d'herpès de la cornée, depuis la muqueuse pituitaire jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, depuis le coryza le plus simple jusqu'à la pneumonie la plus grave.

La conception de Horner doit être élargie, et on peut dire que l'herpès peut se montrer sur la cornée, dans ses différentes formes, sous l'influence d'un état infectieux quelconque, ou d'un trouble fonctionnel. Le plus léger mouvement fébrile peut y donner lieu ; de plus la poussée d'herpès sur la cornée ne coïncide généralement pas avec le summum d'intensité de l'affection générale, mais se montre à une date ultérieure, ce qui fait que la véritable cause est souvent méconnue. Dans les observations de Hansen Grut et d'Emmert, l'affection avait une marche plutôt chronique, et sa durée se prolongeait pendant quatre à six semaines. Dans le cas observé par Gillet de Grandmont, et dans ceux qui sont exposés par Decker, la maladie évolue en huit ou dix jours. Ce sont là des différences en rapport avec la nature de l'agent infectieux et peut-être aussi avec la constitution propre de l'individu. La profondeur de l'ulcération est également variable. Il semble d'après

l'examen microscopique fait par Haab, que cette profondeur soit généralement plus considérable qu'elle ne paraît sur le vivant. Le professeur de Zurich a trouvé qu'elle s'étendait jusqu'aux couches moyennes de la cornée. Il est à peine besoin de dire que les phénomènes d'irritation varient avec la profondeur et l'étendue de l'ulcération. Quelle que soit l'intensité de cette irritation elle s'accompagne très rarement de complications du tractus uvéal. Decker signale cependant dans une de ses observations; une complication d'iritis, et Kipp un cas d'iritis avec hypopyon. Il est probable que ces complications résultaient d'une infection secondaire, à laquelle l'ulcération herpétique avait servi de porte d'entrée. La profondeur de l'ulcération a aussi une influence sur les troubles consécutifs de la cornée. Lorsqu'elle se limite aux couches superficielles, la membrane peut reprendre sa transparence complète ; si au contraire elle s'étend jusqu'aux couches superficielles du parenchyme cornéen, il y aura des opacités légères mais persistantes qui indiqueront après des mois et même des années la forme de l'ulcération primitive.

Si nous réunissons dans une vue d'ensemble les différentes formes de kératite que nous venons d'examiner, elles nous apparaissent groupées sous une cause étiologique constante, l'infection. Cette infection se localisant sur les extrémités de fibres nerveuses de la cornée déterminera la névrite périphérique, qui

nous paraît comme l'essence même de la maladie. Elle se révélera par un symptôme clinique constant, l'anesthésie de la cornée, qui sera en même temps la marque de la lésion anatomique caractéristique de l'affection. Cette névrite infectieuse peut se produire dans une foule de circonstances. Suivant la variabilité des états qui la font naître, la poussée d'herpès peut prendre telle ou telle allure. A côté des cas se terminant rapidement en huit ou dix jours, nous en aurons d'autres se prolongeant pendant six à huit semaines, avec un caractère plus ou moins torpide. Les phénomènes subjectifs tels que la douleur, la photophobie, pourront varier aussi. Ils ne paraissent pas cependant être toujours en rapport avec la gravité de la lésion cornéenne : nous les trouvons assez insignifiants dans les observations de Hansen Grut, de Emmert, de Kipp, où l'affection par sa durée (5 à 6 semaines), et par les troubles persistants qu'elle a laissés, paraissait assez grave. Tandis que dans les cas de Decker où la maladie est terminée en six ou huit jours, la douleur et la photophobie furent particulièrement intenses. Il est vrai qu'il s'agissait de femmes en période menstruelle, c'est-à-dire dans un état d'irritabilité nerveuse et spéciale.

Il nous semble même qu'en se basant sur ce caractère essentiel, la névrite périphérique des nerfs de la cornée, il faille étendre le cadre des affections que nous venons d'examiner, et ne pas éloigner de cette catégorie les kératites vésiculeuses bulleuses, qui tou-

tes sont l'expression de névrites cornéennes. En fait, toutes les lésions vésiculeuses bulleuses, se terminant ou non par ulcération superficielle, et s'accompagnant d'anesthésie, sont des névrites périphériques. Les unes tout symptomatiques d'états infectueux aigus, ou de troubles passagers de l'organisme, règles, coliques hépatiques, affections catarrhales des voies respiratoires, etc., ce sont les kératites herpatiques racémeuses, dendritiques. Les autres sont l'expression d'états pathologiques chroniques; ce sont les kératites trophiques chez les rhumatisants, et peut être aussi les kératites bulleuses du glaucome. D'autres enfin sont intermédiaires, ce sont celles qui durent un ou deux mois et qui se voient par exemple dans l'intoxication pulvéreuse.

Mais toutes sont engendrées par une même lésion, la névrite infectieuse aiguë ou chronique des nerfs de la cornée.

TRAITEMENT

L'idée qu'on doit se faire des maladies herpétiques de la cornée, et qui ressort de notre discussion, nous a déterminé à dire quelque mots sur le traitement de cette affection. On n'a peut-être pas assez insisté sur le traitement de l'état général, chez les sujets atteints d'herpès cornéen, et c'est là pourtant qu'il faut rechercher la cause de la névrite périphérique qui se localise sur la cornée. Il est donc rationnel de subordonner le traitement local au traitement général qui aura pour but de modifier l'état infectieux ou le trouble de l'organisme. L'expérience nous montre en effet que l'amélioration de la santé générale a la meilleure influence sur la marche de l'affection cornéenne : Dans les observations de Kipp, nous voyons la lésion de la cornée qui était restée assez insensible à tout traitement local, s'améliorer considérablement sous l'influence du sulfate de quinine, et disparaître avec les accès de fièvre intermittente. Dans l'observation de Decker nous avons affaire à une jeune fille chlorotique et atteinte de troubles menstruels ; il administre une préparation de fer, et en même temps que l'état gé-

néral s'améliore, on voit les poussées d'herpès, qui jusqu'alors étaient fréquentes et intenses, s'espacer de plus en plus en mêmes temps qu'elles perdaient de leur violence.

Dans tous les cas d'herpès de la cornée, l'attention du médecin devra donc se porter sur l'état général du sujet, et il devra s'efforcer d'améliorer cet état par un traitement approprié, variable suivant les circonstances.

Comme traitement local on se contentera de laver l'œil avec une solution antiseptique et de mettre un peu de pommade à l'iodoforme. Au besoin on emploiera le collyre un bleu de méthylène à 1/200, pour maintenir autant que possible l'asepsie de l'œil et éviter l'infection secondaire, qui du reste est assez rare.

Le collyre à l'atropine nous paraît inutile, puisqu'il est tout à fait exceptionnel de voir survenir des complications iriennes. Il n'en est pas de même de la cocaïne qui peut avoir une influence très favorable contre la douleur et le blépharospasme. A la période d'ulcération, l'application du bandeau compressif, empêchant les frottements continuels de la paupière pourra favoriser la réparation de l'épithélium, et hâter la guérison.

Dans les cas de douleurs sus-orbitaires et frontales à forme névralgique, Nagel et Decker ont employé le courant continu, et cela avec le meilleur résultat. Ce moyen ne devra pas être négligé dans les cas semblables.

CONCLUSION

1^o Les maladies de la cornée décrites sous les termes variables de kératite dendritique, racémeuse en sillons étoilés, par Hansen Grut, Emmert, Gillet de Grandmont, et d'autres auteurs, sont de véritables kératites herpétiques; elles rentent dans la description donnée par Horner de l'herpès de la cornée.

2^o la forme de l'ulcération dépend du groupement variable des vésicules, et ne saurait suffire à caractériser un type clinique. La durée de la maladie, et les phénomènes subjectifs qui accompagnent l'ulcération sont en rapport avec la nature de l'agent infectieux, et avec la résistance de l'organisme.

3^o Un caractère commun réunit toutes ces formes de kératite à l'herpès de Horner : c'est l'anesthésie cornéenne, qui indique une lésion anatomique commune, la névrite périphérique des nerfs de la cornée.

BIBLIOGRAPHIE

- HORNER. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1871, p. 326 et suiv.
- HORNER. — Die Krankheiten des Auges im Kindesalter (Gerhardts Hundbuch der Kinder Krankheiten, p. 333 et suiv.
- HANSEN GRUT. — Sur deux formes typiques de kératite. Communication à la section d'ophtalmatologie du 8^e Congrès international des Sciences médicales à Copenhague, 1884, tome III du compte rendu, p. 34 et suiv.
- EMMERT. — Keratitis dendritica exulcerans myotica, Eine noch nicht beschriebene Form. etc. (Centralblatt für Augenheilkunde de Hirschberg. Octobre 1885, p. 302 à 311.
- FUCHS. — Lehrbuch der Augenheilkunde, p. 183.
- GILLET DE GRANDMONT. — De la Keratite ulcéreuse en sillons étoilés. *Archives d'Ophtal.* (T. VI, 1887, p. 422).
- KIPP. — On Keratitis from malarial fever. Transactions of the American Society, 1890.
- G. HALTENHOFF. — Kératite dendritique ou herpès ? *Annales d'Oculistique*, juin 1892, p. 401 et suiv.
- RANSOHOFF. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1889. p. 218. *Ibid.* 1891, p. 275.

DECKER. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde,
1890, p. 405 et p. 409.

HAGNAUER. — Ueber die Missdeutungen, etc. Thèse de docto-
rat. Zurich, 1891.

Vu par le président de la thèse,

M. CORNIL.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

